

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
 Zulassungsbezirk Bremen / Bremerhaven+  
 c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung  
 im Lande Bremen  
 Universitätsallee 25

28359 Bremen

Praxisanschrift
-----------------

**Antrag auf Auflösung der Genehmigung zur Führung einer örtlichen  
 Berufsausübungsgemeinschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen die Unterzeichner die Auflösung der Genehmigung zur Führung einer  
 örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft für den Vertragszahnarztsitz

Straße:.....

PLZ / Ort:.....

zum .....

NAME	VORNAME	Unterschrift *

\* Der Antrag ist von **allen** Partnern der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu unterzeichnen